

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N° 131

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Emmanuel FISCHMANN

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
Né à Bucarest (Roumanie), le 5 Mars 1908

LA TUBERCULOSE PULMONAIRE
CHEZ LES JUIFS

Président : F. BEZANÇON, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1935



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550408_0036

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Emmanuel FISCHMANN

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
Né à Bucarest (Roumanie), le 5 Mars 1908

LA TUBERCULOSE PULMONAIRE
CHEZ LES JUIFS

Président : F. BEZANÇON, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1935

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie.....	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	BEZANÇON.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale.....	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements.....	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la Tuberculose	N...
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.
BÉNARD (Henri) . Pathologie médicale.	LANTUÉJOL ... Obstétrique.
BERNARD Étienne. Pathologie médicale.	LAROCHE (Guy) . Pathologie médicale.
BOULIN Pathologie médicale.	LEMAIRE Pathologie expérimentale
BULLIARD..... Histologie.	LEVEUF Pathologie chirurgicale
CATHALA Pathologie médicale.	M ^{lle} J. LÉVY..... Pharmacologie.
CHEVALLIER Pathologie médicale.	LÉVY-VALENSI .. Neurologie et Psychiatrie.
DOGNON..... Physique.	MOREAU Pathologie médicale.
FEY Urologie.	MOULONGUET... Pathologie chirurgicale.
GALLIARD..... Parasitologie.	MOUQUIN Pathologie médicale.
GASTINEL..... Bactériologie.	OBERLING..... Anatomie pathologique.
DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.	PETIT-DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
GAYET Physiologie.	PIÉDELIÈVRE... Médecine légale.
GIROUD..... Histologie.	PORTES Obstétrique.
HAGUENAU Pathologie médicale.	RICHE T Physiologie.
HALPHEN..... Oto-rhino-laryngologie.	SANNIÉ..... Chimie biologique.
HAZARD Pharmacologie.	SÉNÈQUE..... Pathologie chirurgicale.
HUGUENIN Anatomie pathologique.	TROISIER Pathologie expérimentale
JOANNON Hygiène.	TURPIN Pathologie médicale.
LABRÉ (Henri) ... Chimie biologique.	VIGNES Obstétrique.
LACOMME Obstétrique.	WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	MM.
ALGLAVE Pathologie chirurgicale.	LEROUX..... Anatomie pathologique.
BUSQUET Pharmacologie.	NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
CHAILLEY-BERT. Physiologie.	ZIMMERN..... Physique.

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR F. BEZANÇON

Professeur de Clinique de la Tuberculose

Médecin de l'Hôpital Laënnec

Membre de l'Académie de Médecine

Commandeur de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait le très
grand honneur d'accepter
la Présidence de cette thèse.*

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR P. AMEUILLE

Médecin de l'Hôpital Cochin
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a suggéré l'idée
de cette thèse et nous a pro-
digé ses encouragements,
pendant nos deux années
d'Externat, dans son ser-
vice.*

*Qu'il veuille bien trou-
ver ici, le témoignage de
notre profonde gratitude et
de nos sentiments très res-
pectueusement affectueux.*

A MADAME ET AU DOCTEUR CH. KUDELSKI

Ce témoignage de reconnaissance et d'amicale affection.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stages et Années d'Externat

MONSIEUR LE PROFESSEUR CARNOT.

MONSIEUR LE PROFESSEUR HARTMANN.

MONSIEUR LE DOCTEUR L. RAMOND.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SCHWARTZ.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ HARVIER.

MONSIEUR LE DOCTEUR LESNE.

MONSIEUR LE DOCTEUR LEVANT.

MONSIEUR LE DOCTEUR AMEUILLE.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J. QUÉNU.

MONSIEUR LE PROFESSEUR ACHARD.

MONSIEUR LE DOCTEUR COSTE.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DONZELOT.

A NOS MAITRES DE LA FACULTÉ

INTRODUCTION

Ayant remarqué chez les Israélites la rareté des formes aiguës de tuberculose pulmonaire et la tendance des lésions à évoluer vers la chronicité, notre maître M. le Dr AMEUILLE nous a suggéré l'étude de ce problème.

C'est dans son service et sous sa bienveillante direction, que nous avons commencé il y aura bientôt deux ans, à suivre le comportement d'une trentaine de malades d'origine israélite. Depuis, notre observation s'est étendue à un beaucoup plus grand nombre de cas.

En France, il y a bien eu des travaux sur la pathologie juive en général, car elle semble avoir ses particularités, mais en dehors de la thèse de STEUERMANN, qui discute aussi la question de la tuberculose, et de quelques allusions dans des travaux divers comme ceux de CALMETTE, il n'existait à notre connaissance, aucune étude suivie de ce sujet, au moment où nous avons commencé ce travail.

Il y a eu depuis, l'excellent article d'ARNOULD, auquel nous empruntons quelques chiffres.

En Afrique du Nord, notamment à Tunis, les

D^{rs} MAZERES et A. HENRY avaient été frappés par le fait que la mortalité est faible chez les Juifs et forte chez les Musulmans indigènes.

Dans les pays de l'Europe centrale la population israélite est nombreuse et, dans certaines régions, elle garde encore des habitudes de vie spéciale. Elle a suscité bien des études, qui ont été pour nous une source de documents utiles.

Aux Etats-Unis on n'a pas manqué de mettre en évidence les différences frappantes du comportement à la tuberculose, des divers peuples venus de tous les points du monde.

De la comparaison de ces données et de l'Histoire du peuple juif, nous nous proposons de déduire, après bien des auteurs une explication de la résistance juive.

Ce n'est donc pas un sujet neuf, mais il garde tout son intérêt et les conclusions auxquelles nous arrivons, jettent une certaine lumière sur cette question.

L'aperçu historique que nous avons incorporé à ce travail a pour but de rappeler la vie essentiellement urbaine menée par les Israélites depuis près de vingt siècles et de laisser entrevoir la difficulté d'expliquer la pathologie juive par le facteur « race », trop souvent invoqué.

Quelques arguments d'anthropologie auront le mérite de réfuter cette idée fausse.

Nous tenons à remercier tous ceux qui nous ont donné la possibilité de réaliser ce travail : notre ami

le D^r KUDELSKI, ancien interne des Hôpitaux de Paris, assistant à la Consultation externe du Dispensaire de l'hôpital Cochin, le D^r P. ASTRUC, de l'hôpital Rothschild, le D^r POPPER, Chargé de Cours à la Faculté de Médecine de Bucarest et le D^r NASTA, Médecin-chef du Dispensaire antituberculeux des Assurances sociales de Bucarest.

HISTORIQUE

RÉSULTATS DES DIVERSES STATISTIQUES SUR LA TUBERCULOSE PULMONAIRE DES JUIFS DANS LES DIFFÉRENTS PAYS

Des auteurs comme LOMBROSO, BOUDIN, LAGNEAU, RICHARDSON, BODWITCH, etc... ont signalé la rareté de la mortalité des Juifs, dans la tuberculose pulmonaire.

La plupart, surtout en Amérique et en Europe centrale, manifestent leur étonnement qu'un peuple, — très souvent — si peu fort physiquement, vivant en agglomération serrée, ne soit pas plus souvent victime de la tuberculose, mais bien au contraire.

D'autres auteurs essayent d'expliquer les grandes variations de réceptivité et d'évolutivité de la tuberculose pulmonaire des diverses races : tuberculose des Nègres, des Indiens, qui font presque toujours des formes massives, aiguës.

Les dossiers militaires des troupes anglaises de l'Égypte, de l'Inde et des Antilles comparent des sujets du même âge, vivants dans les mêmes conditions et mettent en évidence les différences de susceptibilité envers la tuberculose chez les soldats

originaires des districts isolés et presque sans contact avec les Européens et chez ceux, en relation étroite, avec la civilisation.

« On est frappé par le contraste entre l'incidence élevée de la tuberculose parmi les Gourkas des régions éloignées du Népal et le nombre réduit des cas, chez les Mahrattes et Musulmans du Bengal » (CUMMINS).

Pendant la guerre, dans les troupes anglaises, la mortalité par la tuberculose des Africains venus en France fut de 56 % ; chez les Britanniques : de 5,7 %.

La preuve qu'il ne s'agit pas à proprement parler d'une susceptibilité de race est fournie par le fait que les bataillons nègres du corps expéditionnaire américain, montrèrent au bacille de Koch, une résistance autrement plus grande et le Dr KLÖTZ fait remarquer que c'est parce que les Noirs américains ont vécu dans les milieux urbains, depuis leur enfance.

LYLE CUMMINS, tout récemment, rapporte les résultats des recherches et des observations du Dr ALLAN à Transkai et du Dr WILCOCKS à Tanganyka, qui concluent que la tuberculose pulmonaire y est d'importation récente et que, rare chez les Africains gardant une vie à peu près normale, elle devient extrêmement étendue et grave, avec les nouvelles conditions de vie imposées par la pénétration de la civilisation européenne et de l'industrie. En se basant sur les travaux d'ALLAN et de MATTHEWS à Zanzibar, il affirme que dans les communautés où la tuberculose fut longtemps endémique, les formes cliniques ten-

dent à devenir plus souvent chroniques qu'aiguës.

FR. CARTHY, écrivait en 1912 : « les Indiens des États-Unis sont atteints mortellement dans la proportion considérable de deux cent quatre-vingts pour 1.000. Ils font toujours des formes aiguës, rapidement évolutives. »

CARTER se base sur l'observation de cinq mille cas de tuberculose pulmonaire chez des Blancs et dix-sept cents chez des Noirs et des Mulâtres, pour affirmer — tout en tenant compte des différentes conditions de vie — que les Nègres sont les moins résistants, mais que les Mulâtres sont beaucoup plus forts. Il explique cette résistance par l'héritage d'une certaine immunité ancestrale due à l'apport « *blanc* ». Les résultats thérapeutiques sont bien meilleurs pour les blancs que pour les gens de couleur, mais les mulâtres tiennent la moyenne.

EYZAGURRE montre qu'à Lima, où la mortalité par la phtisie est une des plus élevées du monde, les métis, sont déjà beaucoup plus résistants et qu'ils se comportent envers la maladie comme les blancs.

La deuxième conférence de l'Union Internationale contre la Tuberculose, tenue à Londres en 1924 approuve la conclusion de SANARELLI ainsi formulée : « les populations des régions non atteintes par la tuberculose, contractent cette maladie beaucoup plus facilement que les sujets « *sains* », appartenant à des populations tuberculisées.

« Les sujets de provenance rurale sont générale-

ment plus sensibles à la bacillose, justement parce que moins aguerris contre le contagement spécifique ».

Dans toutes les statistiques des États-Unis on constate que les Irlandais fournissent des chiffres très élevés pour la tuberculose. Ceci serait dû à leur origine plutôt rurale, d'où l'absence d'immunité acquise, en rapport avec un contact prolongé avec l'infection.

Comme type ethnique, le Juif aurait été très sensible à la tuberculose.

SCHWARTZ affirme que dans les ghettos du moyen âge les ravages de la tuberculose étaient effroyables.

RAMAZZINI à Padoue, en 1713, donne quelques détails sur les Juifs : « les maladies de ces hommes ne viennent pas d'un vice inné, mais des métiers qu'ils embrassent. Presque tous les Juifs exercent des métiers où il faut être assis. Leurs femmes et leurs filles gagnent leur vie, à l'aiguille. Ils se logent dans des rues étroites. Outre les ouvrages de couture, les Juifs ont coutume de refaire les matelas qui ont servi, d'entasser les chiffons pour les vendre à des manufactures de papier. Ces ouvrages malpropres leur donnent des toux continuelles, des essoufflements, des nausées, des vertiges. »

Nous ne possédons pas des données plus précises sur cette époque, mais en considérant les conditions sociales comme les principaux coefficients de tuberculisation humaine et en tenant compte non pas seulement de l'entassement extrême dans les ghettos du moyen âge, mais aussi de la pauvreté, de la famine,

des mauvaises conditions hygiéniques, on peut supposer que les Juifs de ces temps-là, devaient payer un lourd tribut à la tuberculose.

Si nous manquons de documents exacts sur la morbidité et la mortalité tuberculeuse, pour une époque plus reculée, tous les auteurs signalent depuis le ^{xix}^e siècle, une léthalité bien inférieure chez les Juifs. Ceci dans presque tous les pays civilisés.

Une des statistiques des plus anciennes que nous ayons pu trouver, est celle de PELLER, sur la mortalité à Vienne pendant le ^{xviii}^e siècle.

On y trouve : en janvier 1753 il y avait à Vienne 452 Juifs. De 1748 à 1755, ils eurent à enregistrer 69 décès ; donc ils présentaient une mortalité générale de 18,9 pour 1.000.

La mortalité de toute la population Viennoise était de 33 pour 1.000.

Les Juifs se distinguaient par une mortalité nettement inférieure, surtout à la tuberculose.

Entre 1752-1753, la mortalité générale fut très élevée ; 31 pour 1.000 chez les Juifs, représentant presque le même chiffre que celui du reste de la population.

Sur 100 décès juifs : 10 à 12 étaient imputables à la tuberculose. Sur 100 décès non-juifs : 25 étaient imputables à la tuberculose.

Si ces données sont justes, on ne manquera pas d'être frappé par le grand nombre de victimes à cette époque, puisque vers 1900 à Vienne ne meurent plus que 1,57 pour 1.000 juifs et 4,5 pour 1.000 non-Juifs.

A POSNANZ (1856-65), COHN publie les chiffres suivants, intéressant la mortalité par la tuberculose pulmonaire :

Catholiques	18,80 %
Protestants	13,88 %
Juifs	13,85 %

En 1888, le D^r GIBBON signale la rareté de la tuberculose chez les Juifs.

D^r STALLARD de Londres, vers la même époque, dit que les enfants juifs tombent rarement victimes de la tuberculose.

L'inspecteur d'Hygiène de Whitechapel prétend que dans la partie nord de son quartier, habitée par des Juifs, la mortalité générale est de 10 % ; la partie sud, habitée par des Anglais, présente une mortalité de 43 %.

« La raison de cette différence consisterait dans la rareté de la tuberculose chez les Juifs. »

D^r BILLINGS se base sur sa statistique de New-York et de Brooklyn (1885-90) pour affirmer que la mortalité par la tuberculose chez les Russes et les Polonais — presque tous des Juifs — est moindre, par rapport aux autres nationalités.

Mortalité par la tuberculose pulmonaire pour 100.000 habitants :

Noirs et Indiens.....	744,21
Irlandais	645,73
Écossais.....	384,12
Scandinaves	357
Français	324,98
Hongrois	155,05
Russes et Polonais (Juifs).....	98,21

Statistique importante du fait des 80.000 Juifs habitant New-York.

A Budapest, KÖRÖSY, publie une statistique démonstrative : sur 10.000 décès dus à la tuberculose, on compte (1885-1893) :

Catholiques	722
Protestants	625
Juifs.....	376

FISHBERG (1901) trouve une mortalité par la phtisie bien plus réduite, justement dans les quartiers juifs où « on se serait attendu à trouver des chiffres importants, vu les conditions hygiéniques si déplorables ».

A Vienne (1901 à 1903) il y a sur 100.000 décès tuberculeux :

452 chez les Catholiques
268 chez les Protestants
157 chez les Juifs.

Entre 1900 et 1906 on signale dans le duché de Hesse, sur 10.000 décès dus au bacille de KOCH :

22 chez les non-Juifs,
8,2 seulement, chez les Juifs

CHEINESSE, dans un article publié en 1910 rapporte les résultats d'une enquête officielle faite par FISHBERG aux États-Unis, portant sur 10.618 familles juives (soit 60.630 personnes).

Il y avait une mortalité tuberculeuse de :

36,57 parmi les Juifs hommes (pour 1.000 décès) ;
34,02 parmi les Juives.

Pour l'ensemble de la population on observait des chiffres presque 4 fois supérieurs :

129,22 pour les hommes ;
146,97 pour les femmes.

SACHS décrit en 1904 la vie misérable des 75.000 Juifs de Chicago : « l'atmosphère est empoisonnée par la poussière et par la fumée dense des usines ; on manque d'air, on ne rencontre pas le moindre parc ; la population vit entassée ; elle s'adonne à des travaux peu hygiéniques (ouvriers de fabriques, employés de petites boutiques, tailleurs, etc...). Il y a partout une pauvreté inimaginable. On s'attendrait là aussi à une forte mortalité, mais quoique plus élevée que dans d'autres groupements juifs, son chiffre prouve une fois de plus la résistance de l'Israélite.

En 1912, à Boston, FR. CARTHÿ, publie une autre statistique : (mortalité tuberculeuse pour 10.000).

Indiens.....	2.800
Nègres	750
Irlandais.....	650
Scandinaves	280
Italiens	220
Américains (blancs)	210
Juifs polonais.....	170

et il ajoute : « la résistance des Juifs est encore plus frappante, lorsqu'on pense à leurs conditions de vie ».

Évidemment, cette statistique compare des populations très différentes au point de vue origine et civilisation, mais justement elle est extrêmement suggestive en ce qui concerne notre sujet.

D'après SOKOŁOWSKI, cité par HALTRECHT, en 1900 à Varsovie, le pourcentage des décès par la tuberculose, comparé à la mortalité générale, était pour les Juifs de 9 et pour les non-Juifs de 11,5.

En Galicie, THON et ROSENFELD, publient les chiffres que voici : sur 100 décès, la tuberculose était responsable entre 1896-1900, à Cracovie dans la proportion de : 11,3 chez les Juifs ; chez les Chrétiens on note plus que le double : 23,1.

Pour Lwow (Lemberg) entre 1897-98, ils indiquent les chiffres de : 14,9 chez les Israélites et 23,7 chez le reste de la population.

En Russie, vers les mêmes dates, HALTRECHT donne pour 1000 décès les chiffres de : 24,5 cas chez les Juifs et 27,1 cas chez les non-Juifs, attribuables à la bacillose.

Il explique l'accroissement de la mortalité au fur et à mesure qu'on avance vers l'Est, par la différence des conditions sociales, point important sur lequel nous reviendrons.

L. LEWYN, dans une étude sur la vitalité des Juifs s'exclame : « il n'y a pas de *race* qui paraisse moins forte et aucune qui soit si résistante aux adversités » et il conclut : « l'immunité relative contre beaucoup de maladies contagieuses, possédée par la race juive est connue, mais la résistance à la tuberculose est la plus inattendue » et au Dr BEHREND d'ajouter : « l'immunité comparative (des Juifs) à la tuberculose, a été reconnue par tous les phthisiologues. Malgré les horribles conditions du Ghetto, les statistiques démontrent une moindre extension de la maladie que parmi les autres races et dans les couches sociales juives non-astreintes à la vie dans le Ghetto, ils ne sont que rarement victimes de la maladie ».

CALMETTE, dans son *Traité sur l'Infection tuberculeuse chez l'Homme*, reconnaît que « dans les villes où la tuberculose est très répandue, les sujets de race juive, fournissent un taux de mortalité sensiblement moindre que l'ensemble de la population ».

DROLET s'occupe de la question, dans un article de juin 1923. Il fait remarquer que New-York, grâce à son grand nombre d'habitants d'origine si diverse est un centre très indiqué pour l'étude du comportement des différentes races envers le bacille de KOCH, surtout parce que ses habitants mènent à peu près la même vie.

Une statistique portant sur la période de 1918-1921 montre que la moyenne de la mortalité par la tuberculose pulmonaire est de 122 pour les habi-

tants de New-York. Chez ceux nés aux États-Unis, la proportion est de 108 pour 100.000, mais parmi les Finlandais et les Irlandais elle est trois fois plus forte ; chez les Juifs Russes et Roumains par contre, on ne note respectivement que les chiffres de : 86 et 92 pour 100.000.

Le tableau ci-dessous, emprunté à DROLET, est frappant. Il n'est pas exempt de critique et DROLET lui-même affirme que le grand contraste des chiffres indiqués, doit être expliqué par l'origine différente des habitants. On remarquera toutefois, que même si on exclue les populations primitivement agricoles, la mortalité des Juifs nés en Roumanie et en Russie, n'est que de 89 pour 100.000 alors que celle des habitants nés aux États-Unis est tout de même bien plus élevée : 108.

Pays d'origine des décédés	Taux annuel de la mortalité tuberculeuse pour la période : 1918-1921
Finlande	342
Irlande	306
Norvège	349
Suède	202
Ecosse	181
Angleterre	136
France	130
Etats-Unis.....	108
Roumanie. /	92
Russie ... \ Juifs.....	86

DROLET a publié à New-York une deuxième sta-

tistique intéressant les années 1930 et 1931 sur la mortalité tuberculeuse :

Sur 100.000 habitants, le taux est de :

138	pour les Irlandais
90	» Scandinaves
83	» Autrichiens et Hongrois
63	» Anglais
59	» Italiens
51	» Allemands
53	» Russes
51	» Américains (Blancs)
46	» Polonais

Les Russes et les Polonais sont surtout des Juifs et ici encore ils présentent les chiffres les plus bas.

Nous devons signaler l'existence d'une statistique publiée par SPIVACK en 1923, intéressant la léthalité bacillaire des Juifs de Denver, pendant 25 ans ; les chiffres sont considérables mais DE PORTE s'empresse de rappeler que DENVER fut considéré comme une « Mecque » de la tuberculose pendant de nombreuses années, et ceci expliquerait suffisamment la mortalité excessive, sans qu'elle puisse être interprétée comme typique chez les Juifs.

S'étant occupé en 1925 de 478 décès juifs dus à la phthisie, DE PORTE assure que la mortalité des Israélites est bien plus basse que chez les autres peuples jusqu'à 44 ans environ et ensuite, sensiblement égale aux autres.

En Allemagne, KREINERMANN en 1915, s'appuyant

sur des diverses observations et sur son expérience personnelle, proclame la mortalité moindre des Juifs, par la tuberculose.

Dix ans plus tard, WERNER continuant ses études, confirme ses conclusions.

GUTTMANN est du même avis en ce qui concerne les Juifs allemands et il dresse une statistique regardant les Juifs des-divers pays :

MORTALITÉ TUBERCULEUSE

Villes	Années	Non-juifs	Juifs
Munich.....	1881-1908	35	11
Berlin	1905	21,66	9,81
Vienne	1901-1907	36,4	15,4
Budapest	1896-1902	32,9	18,9
Cracovie.....	1896-1900	66,41	20,49
Lwow (Lemberg)...	1897-1902	63,51	30,64
Varsovie	1917	84	54,2
Varsovie	1922	36,3	11,2
Leningrad.....	1900-1920	38	18,2
Londres	1891-1900	17,9	12,3
Rotterdam	1901-1921	12,9	7,4
New-York.....	1906	23,9	13,5
New-York.....	1920	10,8	8,6

ZIVANOVITCH, traitant de la tuberculose en Bosnie Herzégovine, signale à son tour que « comme par-tout, les Juifs sont plus résistants vis-à-vis du bacille de Koch ».

CAVAILLON s'occupe de la Yougoslavie et affirme que les Musulmans sont plus atteints par la phtisie ;

les orthodoxes, les Catholiques les Protestants et les Juifs « surtout les Juifs » le sont beaucoup moins.

STEFKO de Moscou cite NESLIN et MENITSCHINSKY et tous sont d'accord pour constater la plus grande résistance des Juifs. D'après MENITSCHINSKY nous trouvons pour l'année 1926 dans 5 villes de la Crimée les rapports suivants, concernant la mortalité tuberculeuse pour 10.000 habitants :

	Hommes	Femmes	Deux sexes
Tartares	36	31,1	33,6
Russes.....	27	13,3	20,6
Juifs.....	11	10,6	11,3
Autres origines....	26,6	13,2	21,6

Nous remarquons ici encore les chiffres deux et trois fois inférieurs, fournis par les Juifs.

PUTNAM publie en 1933 le résultat de l'observation de 375 familles surveillées à Philadelphie par le « H. PHILIPPS Institute ». Il s'agit des deux nationalités renommées résistantes à la bacillose : les Italiens et les Juifs. Dans la moitié des cas, les Italiens présentent des sujets expectorant des bacilles tuberculeux. Chez les Juifs on en trouve à peine le quart et la mortalité est inférieure chez ces derniers.

Charles BOLDUAN et L. WEINER, en 1933 étudient à New-York, les causes de 14.047 décès juifs et de 27.186 décès de Blancs non-juifs.

Ils trouvent 444 cas de tuberculose chez les pre-

niers et 1.978 chez les autres. Ils déclarent : « le tribut à la tuberculose, est évidemment inférieur chez les Juifs et le sommet de cette mortalité apparaît 5 ans plus tard que chez les non Juifs. Entre 30 et 50 ans, chez les non-Juifs de sexe masculin les décès des phtisiques, sont approximativement 3 fois plus fréquents que chez les Juifs ».

Voici quelques chiffres :

New-York (1931) sur 1000 décès.

	Juifs		Non-juifs	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Au-dessous de 5 ans	10	3,3	25,5	25,6
5 à 9 ans.....	20,8	7,9	43,5	53,8
20-24 ans.....	80,3	206,5	311,6	342,2
30-34 ans.....	70	68,3	237,4	171,8
50-54 ans.....	61,3	19,8	90,4	34,6
65-69 ans.....	17	15,5	23,4	12,7
Moyenne	35,9	26,8	83,4	61,8

Toutes les statistiques, tous les avis, sont concordants sur ce point : les Juifs dans tous les pays, en Europe et en Amérique, meurent moins fréquemment par la tuberculose, que les populations au sein desquelles ils vivent.

Dans un travail tout récent, ARNOULD publie un ensemble de statistiques s'étendant de 1884 à 1924, concernant la mortalité tuberculeuse dans une vingtaine de villes comme : Leningrad, Varsovie, Budapest, Vienne, Berlin, Londres, New-York, etc... Nous reproduisons textuellement ses remarques :

«...5 fois la mortalité tuberculeuse des Juifs égale 60 à 80 % de celle des chrétiens ; 8 fois elle égale 40 à 52 % de celle des chrétiens : 7 fois elle égale seulement 30 à 40 % de celle des chrétiens ». Après avoir discuté les causes d'erreur possibles, il conclut : « on est en droit de penser que la mortalité tuberculeuse des Juifs, est sans doute assez rarement supérieure à la moitié de celle des Chrétiens habitant la même ville ; le plus souvent la mortalité tuberculeuse des Juifs est même inférieure à la moitié de celle des Chrétiens ».

Toujours dans l'article si documenté d'ARNOULD nous trouvons une statistique très importante, faite dans trois grandes villes polonaises : Varsovie, Lodz et Bialystok, intéressant 536.000 Juifs, pendant les années 1921-1932. « Le taux moyen de la mortalité tuberculeuse des Juifs représente seulement 37,3 % (soit un peu moins de 2 cinquièmes) du taux de la mortalité tuberculeuse des Chrétiens. » Nous reproduisons ci-dessous les chiffres des 3 dernières années de la statistique :

Mortalité tuberculeuse pour 10.000 habitants :

	Varsovie		Lodz		Bialystok	
	Chrétiens	Juifs	Chrétiens	Juifs	Chrétiens	Juifs
1930....	25,5	9,7	29,7	8,6	22,4	9,6
1931....	23,3	8,6	30,9	10,5	23,3	6,3
1932....	22,5	10,3	27,9	8,5	21,5	8,1

Pour la Roumanie, grâce à l'obligeance de Mademoiselle le Dr CHURCHILL, secrétaire à Paris de l'*Union Internationale contre la Tuberculose*, nous possédons les chiffres suivants, communiqués par la *Société de Prophylaxie de la Tuberculose en Roumanie* (janvier 1925) :

Pour l'ensemble de la population :

Mortalité par la tuberculose pour 100.000 habitants : 165,7.

Pour la population israélite : 101,4.

Nous ne savons pas si ces chiffres concernent uniquement la population urbaine.

Au Congrès de la Tuberculose tenu à Varsovie en 1934 les médecins polonais apportent pour leur pays, une statistique comprenant l'époque de 1925 à 1931 :

« Pour les Chrétiens, la mortalité tuberculeuse pour 100.000 habitants est de : 27,5.

Pour les non-Chrétiens : 10,1.

Bien entendu, les non-Chrétiens sont presque tous des Israélites.

Quant aux Juifs nord-africains, REMLINGER soutient à Tunis (1895-1899) « qu'ils doivent leur mort à la tuberculose 5 fois moins souvent que les Européens et 10 fois moins souvent que les Arabes ».

A Fez, Meknès, Marrakech, jusqu'à ces derniers temps les Juifs étaient parqués dans des quartiers spéciaux, où leur vie différait peu de celle des Arabes. Aussi, des auteurs comme MARTIN, BIAN y constatent

une mortalité considérable et une grande fréquence des formes de tuberculose rapidement évolutive, tout comme chez les Arabes.

A Tanger, par contre, où, comme le fait remarquer REMLINGER les Juifs ont été de tous temps en rapport avec l'Europe, les formes galopantes sont rares ; les formes chroniques et lentes sont la règle et elles tendent souvent vers la guérison.

Nous reprendrons ce sujet, en traitant des formes cliniques chez les Juifs. Si la mortalité des Juifs du Maroc et de Bagdad (HALTRECHT) reste élevée, le Juif tunisien depuis plus longtemps en contact avec le bacille de KOCH, paraît autrement résistant.

SCIALOM a insisté sur ce sujet et récemment, le Dr. A. HENRY, Médecin-Chef du Dispensaire Anti-tuberculeux de Tunis, a bien voulu nous confirmer la mortalité moindre des Juifs tunisiens.

Le Dr. MAZERES, Directeur de l'Office d'Hygiène Sociale à Tunis, nous a beaucoup obligés, par l'aimable intermédiaire de Monsieur MOINE, statisticien du Comité National contre la Tuberculose, en nous indiquant les chiffres précis et très éloquents que nous reproduisons ci-dessous :

La population juive à Tunis est de	25.399 personnes
La population musulmane à Tunis est de	82.801 personnes
Les Français et les Européens sont au nombre de	87.205.

Entre 1930 et 1932, on note la mortalité tuberculeuse suivante :

Musulmans	40,	p. 10.000
Français	12,5	p. 10.000
Autres Européens.	13	p. 10.000
<i>Juifs</i>	7,35	p. 10.000

Après la mortalité tuberculeuse, nous nous proposons d'étudier la nature des formes cliniques rencontrées le plus souvent chez les Juifs et les variations que celles-ci subissent avec les conditions sociales.

**DE L'ÉVOLUTION PARTICULIÈRE
DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE
CHEZ LES JUIFS**

La plupart des auteurs ayant traité de la Tuberculose chez les Juifs, ne soutiennent pas seulement que la mortalité est inférieure, mais il apparaît évident que, sans que la morbidité soit moindre parmi les Israélites, ils ne font que rarement des formes aiguës ou très évolutives.

Les formes latentes, torpides, à tendance vers la regression des lésions ou vers leur chronicité, paraissent être les plus fréquentes.

Le Dr. W. M. FELDMANN (Angleterre) prétend que la tuberculose est moins fatale chez les Juifs et qu'elle répond mieux au traitement. —

GUTTMANN (Allemagne) est du même avis.

POTNAM à New-York, ayant comparé l'évolutivité des lésions chez ses malades Italiens — réputés résistants — et Juifs, déclare : « on a remarqué que la tuberculose dans les familles italiennes survenait à un âge plus précoce et évoluait plus rapidement et plus sévèrement que chez les Juifs ; la maladie était

plus indulgente chez ces derniers et ne conduisait pas si fréquemment à la mort. »

CALMETTE se range du même côté, par cette phrase : « et si les formes rapidement mortelles, sont plus rares chez les Juifs, cela tient d'une part à l'infection précoce et bénigne et à la rareté de l'alcoolisme et du surmenage physique. »

Le Dr. HENRY, dans un article publié en 1933, affirme à son tour que chez le Juif tunisien il existe des formes rapides, mais le plus souvent la tuberculose se présente sous des formes chroniques à évolution lente, tendant vers la stabilisation ou la sclérose et il cite A. LOIR qui, pendant qu'il était Directeur de l'Institut Pasteur de Tunis avait remarqué que : « la tuberculose juive était fréquente, mais généralement bénigne et curable. »

On est frappé du contraste entre les formes massives et rapidement mortelles présentées presque toujours par les populations dont le contact avec la tuberculose est récent et, cette prédominance des formes torpides, abortives ou chroniques qu'on rencontre dans la majorité des cas chez les Israélites.

Rôle des conditions sociales

Seulement cette résistance, quoique habituelle, peut subir des éclipses.

WERNER, poursuivant les études de KREINER-MANN, faites avant guerre, reste d'accord avec lui sur l'aspect général de la question, mais il note des

différences sensibles dont il attribue la cause, aux variations économiques et sociales, imputables à la guerre. Il trouve une augmentation du nombre de formes aiguës, un raccourcissement de la durée des cas chroniques, et une mortalité plus élevée — tout en restant inférieure à celle des non-Juifs.

L'influence des conditions matérielles, du niveau de vie, n'a échappé à l'attention d'aucun auteur s'étant occupé du problème de la tuberculose chez les Juifs.

GODIAS DROLET indique ces chiffres éloquents :

En 1922 à New-York, la mortalité tuberculeuse était de 83 pour 100.000 habitants dans les quartiers juifs les plus insalubres ; elle n'était que de 65 et même de 52 pour 100.000, dans les quartiers juifs modernes.

D'un pays à l'autre HALTRECHT a montré que la mortalité augmente avec l'aggravation de la misère : réduite aux Etats-Unis et en Allemagne, elle était élevée en Europe Orientale et encore bien d'avantage en Orient. (Harle). La guerre a doublé le chiffre de la mortalité tuberculeuse.

Chez les Juifs de Wilna et de Varsovie on constate des variations considérables, pendant cette période :

Sur 100 décès chez les Juifs, la tuberculose en déterminait

A Wilna			A Varsovie		
en 1911 ...	8,3	cas	en 1915..	20	cas
» 1918 ...	22,4	»	» 1918..	52,2	»
» 1919 ...	14,9	»	» 1919..	26,5	»

D'ailleurs d'une façon générale, la tuberculose des Juifs roumains d'aujourd'hui, ne paraît pas se présenter bien différemment, que chez les non-Juifs.

C'est l'avis des D^{rs} IRIMESCO, Directeur de la Société de Prophylaxie Antituberculeuse, THEODOREANU Médecin-Chef du Sanatorium « Filaret » de Bucarest et du D^r POPPER chargé de Cours à la Faculté, que nous avons eu l'honneur d'interroger sur ce sujet. Par contre, le D^r NASTA Médecin-Chef du Dispensaire Antituberculeux des Assurances Sociales de Bucarest, croit avoir remarqué une grande fréquence des formes chroniques.

Grâce à la très grande amabilité du D^r POPPER, également Chef du service de Phtisiologie de l'Hôpital israélite de Bucarest nous avons pu établir une statistique portant sur l'année 1933 et dont les résultats plaideraient en faveur de la fréquence des formes plutôt étendues. Par contre, des notes relevées des dossiers du D^r NASTA sur les assurés sociaux Juifs, il en résulterait une certaine prédominance des formes légères et chroniques.

Le premier groupe des malades appartenait surtout à une classe de nécessiteux, tandis que les assurés sociaux, paraissent avoir un niveau de vie supérieur.

Nous pensons que les variations des formes cliniques que nous avons rencontrées au cours de notre enquête à Bucarest, pourraient être expliquées par les différentes conditions de vie auxquelles nos deux catégories de malades étaient soumis.

STATISTIQUES PERSONNELLES

A l'Hôpital Cochin, dans le service de notre Maître M. le D^r AMEUILLE et avec son bienveillant encouragement, nous avons suivi trente cas de tuberculose pulmonaire chez des Israélites, pendant ces 2 dernières années.

Les seuls décès que nous eûmes à déplorer furent celui d'une réfugiée allemande, porteur d'un pneumothorax bilatéral, symphysé et abandonné, emportée par une insuffisance cardiaque, au milieu d'un dénuement moral et matériel, complet. Le deuxième, fut celui d'une jeune femme ayant gardé un aspect floride jusqu'au dernier temps de sa maladie. Elle aussi fut emportée par des phénomènes mécaniques, consécutifs à un épanchement survenu au cours de l'entretien d'un pneumothorax thérapeutique bilatéral (le premier pneumothorax fut parfaitement supporté pendant 4 ans ; c'est à partir de la création du second, que son état commença à décliner). Il faut ajouter que cette malade refusa de se faire hospitaliser et qu'en dépit des conseils médicaux, continuait à ne pas respecter le repos imposé.

Tous nos autres malades mènent le plus souvent une vie active et ont un aspect très satisfaisant. Chez aucun hospitalisé nous ne trouvons pendant le séjour à Cochin, de la fièvre, sauf bien entendu quelques élévations thermiques passagères et isolées, ne dépassant pas 38°.

Plus de la moitié, n'expectorent pas de bacilles ; parmi ceux-ci il y en a 3, qui ont présenté des hémoptysies à répétition, sans que l'examen otorhino-laryngologique ou les bronchopneumodolographies aient pu en établir la cause évidente. Les examens radiologiques pulmonaires, ne montrent en dehors de quelques nodules calcifiés, aucune image anormale.

Un cas isolé, assez particulier, est celui d'un jeune homme de 18 ans qui, depuis 2 ans expectore constamment des bacilles de Koch (duement vérifiés et ayant même été cueillis une fois par exploration bronchique directe). Aucune lésion, d'aucune sorte, n'a pu être mise en évidence. Ce malade a fait l'objet d'un rapport à la Société d'Etudes Scientifiques sur la Tuberculose, (séance du 9 décembre, 1933) par Ch. KUDELSKI, L. LEROUX et El. KUDELSKI.

Parmi nos malades, nous trouvons un cas de tuberculose abortive, multinodulaire bilatérale, chez un homme d'une quarantaine d'années. Trois malades font des formes ulcéro-nodulaires unilatérales. La création du pneumothorax ayant été impossible, chez l'un une thoracoplastie paraît efficace et chez

les deux autres, l'aurothérapie fut le seul traitement. Ceux-ci continuent à garder leur cavité pulmonaire, ils expectorent des bacilles de Koch, mais ils sont complètement apyrétiques et d'aspect très satisfaisant.

Les 6 malades porteurs d'un pneumothorax unilatéral, sont en voie de guérison.

Un autre malade, venu pour des hémoptysies à répétitions, ne présente qu'une sclérose assez marquée, apicale droite.

Trois malades sont suivis pour des lésions nodulaires unilatérales discrètes.

Un autre, pour avoir présenté un infiltrat précoce et enfin : 3 pour des lésions ulcéro-nodulaires bilatérales. Il est intéressant de constater chez l'un de ces trois malades, que malgré l'étendue de ses lésions, étiquetées d'ailleurs « torpides », il n'a pas la moindre fièvre et le malade garde son embonpoint.

Nous le répétons : la majorité de ces malades se comportent d'une façon extrêmement satisfaisante. Ils présentent assez fréquemment des hémoptysies (chez un tiers de nos malades) mais jamais suivies d'aggravation. L'apyrexie est de règle. Tous mènent une vie presque normale.

Donc sur trente malades, nous avons enregistré en 2 ans, deux décès. Nous avons continué à suivre :

7 porteurs de pneumothorax unilatéraux.

9 porteurs de formes extrêmement discrètes

s'étant traduites ou simplement par des hémoptysies, ou porteurs des lésions discrètes et calcifiées.

1 forme scléreuse apicale unilatérale.

3 formes cavitaires unilatérales (non-évolutives)

4 formes multinodulaires unilatérales.

3 formes ulcéro-nodulaires bilatérales non évolutives.

1 forme abortive.

Pendant notre enquête à Bucarest, le Dr NASTA Médecin-Chef du Dispensaire anti-tuberculeux des Assurances Sociales, a bien voulu mettre à notre disposition les dossiers des nombreux malades de sa consultation.

Nous avons réuni 113 observations d'Israélites, suivis par le Dispensaire pendant ces dernières 4 années.

A l'occasion de cette enquête, nous avons pu constater le grand nombre d'Israélites qui viennent consulter uniquement pour des points de côté, de la toux etc..., sans que l'examen clinique et radiologique leur découvre le moindre signe objectif. D'autre part, nous avons retrouvé une grande fréquence d'hémoptysies. Nous avons pu constater que les malades traités au dispensaire, paraissent bien supporter leur affection. La température est prise et marquée, à chaque consultation. Il est intéressant de remarquer qu'en dépit des lésions même ulcéreuses et parfois assez étendues, on n'enregistre aucune élévation de température dépassant 38°.

Dans la plupart des cas, on note une reprise manifeste de poids et la disparition des bacilles de l'expectoration (d'ailleurs, sur 113 malades,

37 seulement, expectorent des bacilles — et nous comptons dans ce chiffre, les résultats même passagèrement positifs —).

Sur 113 malades, en 4 ans, on enregistre la mort de 6 d'entre eux. Sur le restant de 107 malades, nous distinguons :

Si nous comptons ensemble les malades n'expectorant pas de bacilles et présentant, ou des formes très discrètes ou non-évolutives, nous trouvons :

Diverses formes très discrètes	6
» formes fibreuses uni et bilatérales ...	31
» formes calcifiées	9
» formes multi-nodulaires	21
» scissurites	4
	71

Restent les formes moyennement étendues, peu évolutives :

a) Infiltrats sous-claviculaires, labiles.....	3
Formes multinodulaires et infiltrées.....	8
Lobite.....	1
	12
b) Cavités unilatérales	17
Cavités bilatérales.....	7
Formes multinodulaires et infiltrées, bilatérales	6
	30

Nous remarquons le prédominance des formes stabilisées et l'absence de toute forme aiguë.

Toujours à Bucarest, dans le service du Dr POPPER de l'Hôpital israélite nous avons établi une clas-

sification d'après les comptes rendus radioscopiques, des 35 nouveaux malades de l'année 1933. Nous emploierons ici, les propres termes trouvés et nous distinguerons :

Formes fibreuses bilatérales	6
» fibro caséeuses bilatérales	5
» infiltrées unilatérales	6
» ulcéro-caséeuses unilatérales	3
» ulcéro-caséeuses bilatérales.....	3
» cavitaires unilatérales	10
» cavitaires bilatérales.....	2

Ainsi que le Dr POPPER nous avait prévenu, nous constatons le grand nombre des formes sérieuses et étendues.

Nous avons essayé d'expliquer ce fait précédemment, en parlant des conditions sociales.

A Paris, le Dr P. ASTRUC de l'hôpital Rothschild, nous a communiqué un résumé de l'activité de sa consultation de Phtisiologie, qui est en rapport direct avec le Sanatorium d'Hauteville.

Le rôle de cette consultation étant celui d'un centre de triage, le Dr ASTRUC suppose qu'il ne voit pas tous les malades trop gravement atteints et pour lesquels, leurs médecins n'estimeraient pas indiquée, la cure sanatoriale.

D'autre part, il rappelle que la Consultation, a refusé le séjour sanatorial, une année à 5 malades, une autre à 14, à cause de leurs lésions par trop avancées.

En adoptant la classification du Dr BONAFÉ, médecin-chef du Sanatorium l'Espérance, le Dr ASTRUC répartit les malades soignés au dit sanatorium en 3 groupes, suivant la gravité croissante de leurs lésions :

On trouve pour les dernières 7 années, le tableau suivant :

182 du 1 ^{er} groupe.....	soit 56 %
86 du II ^e groupe	/ soit 44 %
55 du III ^e groupe.....	

Toute cause d'erreur éliminée, le Dr ASTRUC

estime le pourcentage d'amélioration à 80 % et 93 %.

Si l'amélioration n'est pas suffisamment consolidée, cette proportion baisse. Par exemple, pour l'année 1930, le pourcentage d'amélioration passe de

100 %	à « l'Espérance »	, à 87 %	à Paris (I ^{er} groupe)
87 %	à »	à 93 %	à » (II ^e groupe)
81 %	à »	à 50 %	à » (III ^e groupe)

Une communication à la Société des médecins des dispensaires antituberculeux en 1931 sur « l'action sanatoriale de la symbiose tuberculose-grossesse » et une deuxième en 1933, sur « les résultats généraux des cures sanatoriales » sont particulièrement intéressantes. Dans le deuxième travail l'auteur précise l'importance d'une technique rigoureuse dans l'appréciation des résultats thérapeutiques et il ajoute : « cette donnée nouvelle doit être mise eu regard des derniers pourcentages d'améliorabilité que nous avons donnés ».

Quant au mode de début de la maladie, nous citons le Dr ASTRUC : « Dans notre rapport de 1932 nous trouvons le début lent dans 35 % des cas, le début grippal dans 25 % des cas, les pleurésies dans 13 %, l'hémoptysie dans 23 %. En 1933, le début lent dans 40 % des cas, début grippal dans 17 %, hémoptysie, 27 %, pleurésies 14 % ».

Avec une morbidité difficile à contrôler, les Juifs présentent évidemment une résistance considérable à la tuberculose. Les formes aiguës sont l'exception.

Les localisations pulmonaires — la plupart des auteurs en sont d'accord — tendent ou vers la régression ou vers la chronicité.

L'expectoration bacillifère aurait tendance à se rencontrer plutôt rarement et surtout, ce qui constitue la grande caractéristique de la tuberculose des Juifs, c'est sans nul doute, la faible mortalité qu'ils présentent, par rapport aux peuples au milieu desquels ils vivent.

Après avoir étudié l'évolution particulière de la tuberculose pulmonaire chez les Juifs — évolution parfois variable avec les conditions sociales — il nous reste à considérer maintenant, l'importance de la notion de race, point capital à notre avis, ainsi que l'étude des caractères anthropologiques des Juifs.

Nous tenterons enfin, de dégager les considérations générales de notre étude.

DE LA RACE JUIVE

Importance de la question

La plupart des auteurs ont voulu trouver l'explication de cette résistance des Juifs pour la tuberculose, dans un caractère racial.

En effet, en pathologie comparée on trouve certaines races animales, plus prédisposées, ou plus réfractaires, à des maladies diverses, contrastant avec le comportement général.

Chez les humains, on cite l'immunité des Noirs et des mulâtres, envers la fièvre jaune.

NOTT a pu écrire : « un quart de sang nègre, préserverait mieux de la fièvre jaune, que la vaccine ne préserve de la variole » et il paraît qu'aucune donnée de nosologie géographique, ne permettrait de faire croire à une immunisation acquise à la longue.

KEITH affirme l'existence de prédisposition et de réactions morbides propres, à chaque race.

Peut-on invoquer une immunité raciale chez les Juifs ?

C'est une hypothèse soutenue par bien des auteurs et pourtant, on ne peut affirmer l'existence d'une race juive.

Au point de vue anthropologique, le mot *race* désigne « un groupe d'hommes qui s'apparentent uniquement par leurs caractères physiques, c'est-à-dire anatomiques et physiologiques, en d'autres termes, par leurs caractères somatiques » (G. MONTANDON).

Les anthropologistes ne peuvent pas établir les caractères ethniques des Juifs, car ils sont d'une grande diversité, unissant tous les extrêmes.

Par un aperçu des grandes lignes de leur Histoire en ne nous attachant qu'à leur formation et à leurs pérégrinations, nous tenterons de montrer l'impossibilité d'une pureté raciale, non pas seulement actuelle, mais probablement initiale.

Aperçu historique

Comme le fait remarquer STEUERMANN, dans sa thèse : « de par sa situation géographique, la Palestine n'était nullement propice à l'éclosion et à la conservation d'une race unique ».

Véritable « couloir », la Palestine devait être un territoire d'influences surtout entre l'Est — la civilisation babylonéenne, — et l'Ouest, — la civilisation égyptienne.

BERTHOLET dans son « Histoire d'Israël », affirme le manque d'unité de race dès le début de la formation du peuple hébreux : « des Hittites, des Indo-Européens et peut-être des Sémites, composaient un mélange hétérogène. »

D'après la Bible, les tribus pastorales, parentes de race ou de langue, sorties du désert de Syrie, s'installent sur les rives du Jourdain parmi les populations canaéennes qu'elles exterminent ou soumettent.

Là serait l'origine du peuple juif et, à REINACH d'écrire : « le littoral syrien était peuplé par des races de toutes provenances, résidus d'invasions successives venues par terre et par mer. C'est au milieu de cette poussière humaine que vinrent s'établir les envahisseurs hébreux. »

On conçoit la diversité des mélanges ethniques favorisée par des guerres incessantes et des éparpillements volontaires ou des déportations en masse, qui dès lors, n'ont cessé de se multiplier.

Bien avant la destruction du Temple, par Titus, les Juifs avaient essaimé dans la plupart des régions de l'Orient et même de l'Occident.

FLAVIUS JOSEPH rappelle qu'avant l'ère chrétienne les Juifs se trouvaient dans presque toutes les villes du monde alors connu.

Vers 70 après J.-C., vaincus par les Romains, ils se dispersent et ils font de nombreuses conversions. Comme le dit Joseph REINACH, «... leur religion exerçait un singulier attrait sur une partie du monde païen, sur les femmes en particulier. »

Ils sont nombreux à Antioche, dans la plupart des ports de la Grèce et de l'Asie Mineure, en Sicile, en Gaule et en Espagne.

Au III^e siècle, Cologne était leur centre important.

En Espagne, amenés par Titus et Adrien ils furent nombreux surtout à Grenade — qui s'appelait la ville des Juifs — à Tarragone, à Lucena et à Cordoue.

Le christianisme s'établit rapidement en Espagne et les mariages entre les membres des deux confessions, étaient chose courante, comme d'ailleurs, en Gaule (interrompus temporairement, par le Concile d'Illiberis, vers 320).

Vers le ^{viii}^e siècle, les Khazares, population d'origine finnoise, habitant les rives de la Volga et de la Mer Caspienne, furent convertis par des Juifs venus d'Asie Mineure. Ils seraient en partie les ancêtres des Juifs de la Russie méridionale, d'aujourd'hui.

En France, on trouve des Juifs au temps de l'invasion des Barbares ; dans le midi, en Aquitaine, en Auvergne, à Paris.

Les unions entre Israélites et Chrétiens sont fréquentes jusqu'au temps de Clovis. Sous les derniers Carolingiens les Juifs commencent à se répandre en Allemagne. On les retrouve à Worms, Mayence, Magdebourg, Ratisbonne. Ils se dirigent vers la Bohème et au ^x^e siècle ils ne sont pas rares en Moravie, en Pologne — où ils vont se rencontrer avec ceux venus de la Russie méridionale. — Des conversions au Judaïsme continuent à ne pas constituer des exceptions.

En France, ils forment des communautés brillantes à Senlis, Troyes et Paris. En Bourgogne et en Champagne on les trouve même dans les villages. Ils sont

particulièrement nombreux en Languedoc et en Provence. Les écoles rabbiniques de Lunel, Montpellier, Béziers, sont renommées. Narbonne avait un hôpital juif.

Jusqu'aux Croisades, les Juifs vivent au milieu du reste de la population. Nous avons vu que les unions de religions différentes n'étaient pas rares et les relations entre Juifs et non-Juifs étaient le plus souvent étroites.

Au ^{xiii}^e siècle, les Conciles interdisent les rapports avec les Juifs ; on leur défend de vivre dans des communes rurales — et nous insistons sur l'importance de ce fait — (concile de Bourges, 1277) et sans que le Ghetto soit une institution obligatoire, on trouve déjà des Juifs groupés dans les mêmes quartiers. On leur interdit les carrières libérales, on les condamne à l'usure, à la fripperie et à des métiers inférieurs — et ceci retiendra aussi notre attention —.

Sous les premiers rois normands on les chasse d'Angleterre. En 1306 Philippe le Bel expulse les Juifs de France ; ils s'enfuient en Provence. Partis d'Allemagne, ils se dirigent vers la Pologne et la Turquie. En 1492, désertant l'Espagne on les rencontre à Avignon et surtout en Turquie, au Portugal, et en Afrique du Nord, à Fez notamment.

Des famines, des violences, des épidémies, des conversions et des retours au Judaïsme, des contraintes séculaires, laissent leurs traces sur les caractères de ce peuple, qui se divise au ^{xvi}^e siècle en

Sefardims (Espagnols) et Askenazims (Juifs polonais et russes).

Les Askenazims surtout, vivent dans une profonde misère. Parqués dans le Ghetto, confinés à des métiers insalubres, ils sont victimes de la famine et des sévices. La population entassée, vit dans une agglomération étouffante. SACHER MASOCH décrit ainsi le Ghetto :

«... des rues étroites, pleines d'ordures, avec des coins sombres, jamais éclairées par un rayon de soleil. De petites maisons en bois, blanchies au plâtre, couvertes d'un toit, en bois également... » Et comme REINACH le rappelle, à Wilna, à Odessa « la plupart des habitations du Ghetto, sont des masures où l'encombrement est indicible, le dénue-ment profond, le typhus endémique, où les épidémies et la famine exercent de cruels ravages ».

Les déductions qu'on peut tirer de ces faits ont leur importance pour le sujet qui nous intéresse.

Ces mélanges ethniques incessants, les pérégrinations, les conversions — des Khazars déjà cités, des Falachs, des Tartares de la Crimée, etc... — contribuent au polymorphisme des caractères raciaux des Juifs et toute leur Histoire, confirme l'impossibilité d'unité ethnique.

Avec les Croisades, les persécutions des Juifs s'installent dans les pays chrétiens. Comme le fait remarquer STEUERMANN : « ce n'est que le Moyen Age qui détermine l'apparition d'une nouvelle « conscience nationale », raffermissant l'idée de leur entité, de

leur croyances, dans une destinée commune et — partant — de leur isolement ».

Et ceci est vrai pour tous les peuples opprimés. L'Histoire nous l'a toujours enseigné.

Ces conditions de vie ont déterminé les caractères secondaires des Juifs. Ils ont souvent des traits communs permettant de les reconnaître et PUVION a déjà signalé l'empreinte que laissent sur les individus des conditions de vie si particulières.

Et c'est là, dans leur Histoire, dans ces habitudes imposées et seules possibles, que nous devons chercher les raisons des particularités pathologiques des Juifs.

Non pas dans leurs caractères raciaux, car il n'y a pas de race juive !

Ils ne possèdent aucune unité ethnique et il n'y a pas d'image plus « chaotique » (PITTARD) que celle offerte par la multiplicité de leurs types.

CARACTÈRES ANTHROPOLOGIQUES DES JUIFS

Déjà RENAN observait « qu'il n'y a pas un type juif, mais des types juifs. »

LUSCHAN démontre que l'expression : « Sémite », due à une parenté linguistique, ne correspond à aucun type de race. « Seuls devraient être appelés ainsi, les Arabes et les Bédouins purs ».

TOPINARD prétend que les Juifs ne forment qu'une « fédération religieuse ».

LENZ les considère comme une « race mentale » en se basant sur leurs caractères intellectuels et psychiques.

Pour NEUVILLE, il constituent « un groupe, beaucoup plus social, qu'ethnique. »

MONTANDON écrit : « aujourd'hui les Juifs forment surtout une ethnie, une raison sociale et non pas une race uniforme. »

PITTARD met en évidence l'impossibilité de considérer les Juifs actuels, comme composant un groupe ethnique homogène. « Ils appartiennent à une communauté religieuse et sociale, à laquelle sont venus s'agréger de tous temps, des individus appartenant à des races différentes. »

L'anthropologiste est incapable d'établir les caractères ethniques des Juifs.

Leur « ethnie », est singulièrement hétérogène. On y trouve les caractères les plus opposés.

En Allemagne, AMMON trouve un indice céphalique de 83,5 chez les Juifs du grand Duché de Bade ; à Cologne et à Francfort-sur-le-Mein, WEISSENBERG trouvera comme chiffre moyen : 80,6 avec des variations de l'extrême dolichocephalie (73,8) à l'extrême brachycephalie (88,6).

Chez les Juifs russes (Askenazim) la proportion du type dolichocephale n'est que de 1 % ; chez les Spaniels : 14,6 %.

En Asie Centrale, le type juif brachycephale domine ; en Perse c'est le type dolichocephale.

La Tripolitaine, renferme un certain nombre de Juifs, amenés par Ptolémée 300 ans avant J-C. Leurs descendants — représentant peut-être les types les plus purs — peuplèrent en partie, les quartiers juifs de l'Algérie, de la Tunisie et du Maroc. Ils sont (FISHBERG) en gros, dolichocephales.

Dans l'Europe Centrale les Juifs sont surtout brachycephales.

QUATREFAGES, pour confirmer le polymorphisme des Israélites, rappelle que sur les onze crânes trouvés dans un cimetière Juif parisien, du ^x^e siècle, 2 seulement gardaient des caractères « sémitiques » ; les 9 autres, accusaient des métissages divers.

A New-York, FISHBERG après avoir fait des mesures sur 3.000 Juifs venus de nombreux pays,

conclut à un manque absolu d'unité de la « race » juive.

Presque tous les auteurs font remarquer que les caractères morphologiques des Juifs se rapprochent de ceux des populations environnantes, au point de leur être, le plus souvent identiques. Malgré les caractères secondaires, qui permettent maintes fois de reconnaître les Juifs, on trouve partout leur manque d'homogénéité somatique.

Rien que les variations de la stature fournissent une image chaotique.

La pigmentation des yeux et des cheveux, prouvent la même variabilité. Les cheveux des Juifs de l'Afrique sont 6 fois plus souvent foncés, que ceux des Israélites de l'Europe Centrale (FISHBERG), où le type blond domine.

Pour HADDON les Juifs forment un groupe de peuple « dont les Hamites sont à l'une des extrémités et les Méditerranéens, à l'autre ».

KOSSOVITCH et BENOIT ont appliqué récemment l'étude sérologique aux différents groupements juifs sans aboutir à d'autre résultat, que de confirmer leur hétérogénéité. Même dans les régions où les Israélites paraissent le moins mélangés, leurs réactions sérologiques se sont montrées très voisines de celles des peuples environnants.

L'étude anthropologique, prouve ce que l'Histoire des Juifs laissait deviner : leur grand polymorphisme, l'absence de toute unité raciale juive.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Depuis des temps très anciens on constate la prédilection des Juifs à vivre dans les grands centres.

Après leur dispersion ils peuplent surtout les villes. Avec les persécutions devenues habituelles pendant et après les Croisades, on leur interdit l'accès des campagnes et d'abord par recherche d'une sécurité bien relative et ensuite obligés par les lois, ils s'entassent dans les mêmes quartiers voués depuis lors, à une vie citadine presque sans exception.

Les unions de religions différentes ne se rencontrent presque plus. On peut presque affirmer que les Espagnols ne contracteront pas des mariages avec les Askenazim.

L'isolement moral et légal ayant fait revivre la conscience essentiellement religieuse de ce peuple, lui rappelle à son tour ce que le Deutéronome (VII 3,) dit :... » et tu ne t'allieras point avec eux par mariage, » et, pendant des siècles parquée dans le Ghetto, soumise aux mêmes lois, aux mêmes conditions de vie, ne s'unissant strictement qu'entre Juifs, sans aucune infiltration rurale, cette ethnie,

si polymorphe, si dénuée de toute homogénéité raciale, arrive à produire un peuple très homogène de citoyens par excellence.

Ils constituent aujourd'hui, le groupement urbanisé le plus ancien, le plus pur dans le monde.

Ce passé de bientôt 2.000 ans de vie citadine n'a pas manqué de laisser ses traces.

ROSENBAUM à Londres, constate que la mortalité des Juifs est inférieure à celle des autres Londoniens et ceci est vrai pour beaucoup de villes.

En Amérique, les Juifs sont très recherchés par les Compagnies d'Assurances, car leur longévité y est unanimement admise.

Nous ne parlerons pas des autres maladies rares ou fréquentes, des Juifs, elles aussi expliquables par leur passé et leur genre de vie.

Pour la tuberculose, les Juifs se trouvent aujourd'hui au point extrême d'une évolution dont les populations vierges de tout contact avec le bacille de KOCH, sont à l'autre extrémité.

Les Noirs américains, nous l'avons vu (CUMMINS) sont plus résistants que les Noirs africains.

Pendant les premiers temps de l'immigration aux Etats-Unis nous avons pu constater, grâce aux statistiques, qu'après les Noirs et les Indiens, c'était les Irlandais qui fournissaient le plus grand nombre de victimes. Ceci est explicable par leur origine agricole et leur contact relativement récent avec le bacille de KOCH.

Les Scandinaves les suivaient, d'après les statistiques.

Les Italiens et surtout les Anglais étaient les plus résistants parce que originaires des régions où l'infection tuberculeuse est répandue. D'ailleurs la baisse constante de la mortalité en Angleterre depuis l'industrialisation intense du pays, prouve une fois de plus que les populations deviennent moins vulnérables, par un rapport plus répandu et prolongé avec le bacille de Koch.

En Allemagne, dans des régions plutôt agricoles comme : la Bavière, la Prusse Orientale, la tuberculose fait des ravages bien plus importants que dans les provinces très industrialisées comme : la Saxe, la Rhénanie.

Le Juif du Yemen, du Maroc, de Bagdad est beaucoup plus sensible à l'infection que celui sorti du Ghetto russe ou polonais.

Les cutiréactions appliquées par CALMETTE, METCHNIKOFF, ZIEMAN, ont montré nettement que l'extension de l'infection tuberculeuse est en rapport direct avec le contact de la civilisation.

On a pu dire, dans le cas qui nous occupe « que la résistance est fonction du mode séculaire d'existence des communautés juives. »

L'entassement, dans les quartiers juifs, le niveau si bas de vie matérielle, ont dû certainement déterminer une morbidité tuberculeuse extrêmement étendue, mais ainsi que nous assistons aujourd'hui à une baisse de la mortalité dans presque toutes

les villes où les infiltrations rurales sont rares (aux Etats-Unis la mortalité tuberculeuse a diminué de 30 % depuis 1910), les groupements Juifs ont acquis lentement, au cours des siècles, une résistance considérable : résultat d'une sélection probable et d'une adaptation particulière à la maladie.

A côté de cette résistance héritée — on serait tenté de l'appeler « *raciale* » — il faudrait reconnaître, comme chez tous les citadins, le rôle des infections plus ou moins légères de l'enfance, autant de vaccinations, capitales pour préserver dans quelque mesure des surinfections exogènes ultérieures.

Quant à la tuberculose, le Juif habitant des villes depuis vingt siècles, comparé à la population venue récemment de la campagne, occupe presque la même position que l'Européen, auprès des populations indemnes de tout contact bacillaire.

La résistance des Israélites à la tuberculose pulmonaire est presque unanimement reconnue. Certains auteurs l'expliquent par l'immunité ancestrale. D'autres, par la multitude de préceptes religieux et hygiéniques, les mariages contractés tôt, la vie sédentaire etc...

Le contrôle de la viande — point d'honneur pour la perspicacité du législateur — a retenu un peu plus l'attention des auteurs et ce sujet a été beaucoup discuté. Nous ne croyons pas que son importance soit appréciable.

JACQUELIN croit à l'antagonisme du terrain arthritique et de la tuberculose. Les Juifs étant très

souvent atteints des diathèses envisagées par JACQUELIN, peut-on en établir un rapport plus étroit avec leur résistance ?

La rareté de l'alcoolisme obtient plus de suffrages. Nous ne discuterons pas cette question assez combattue, mais nous nous contenterons de rappeler ici l'opinion de notre Maître M. le Dr AMEUILLE, qui attribue à l'alcoolisme un rôle plutôt indirect, par la privation qu'il détermine souvent, d'une nourriture suffisante et d'un niveau de vie satisfaisant.

Une place à part, doit être accordée non pas seulement aux soins très assidus dont les enfants sont l'objet dans les milieux juifs — la loi rend par exemple, l'allaitement au sein, obligatoire — mais aussi à l'attention que le Juif donne à chaque symptôme morbide, qu'il présente.

Tous les phtisiologues reconnaissent la fréquence avec laquelle leurs patients israélites, viennent consulter pour le moindre signe alarmant. Traités très souvent, dès le stade initial de leur maladie et avec tous les soins minutieux qu'ils accordent à leur santé, les Juifs sont plus en mesure de faire face à l'infection.

Il serait difficile d'établir une classification par ordre d'importance de toutes ces raisons, mais certainement, leur ensemble, peut jouer un rôle adjuvant, dans la lutte contre la maladie.

CONCLUSIONS

1^o Si pendant le moyen âge et jusqu'au XVIII^e siècle, les Juifs paraissent avoir été lourdement atteints par la tuberculose, presque tous les travaux établissent depuis le début du siècle dernier, la résistance plus grande des Juifs envers la tuberculose pulmonaire, et de là leur bien moindre mortalité, par rapport aux populations environnantes.

2^o Les formes aiguës sont extrêmement rares chez les Juifs, la tuberculose aurait chez eux une tendance à évoluer vers la chronicité, permettant une existence à peu près normale. Nous en avons rapporté des cas personnels.

3^o Dans presque tous les pays, sous tous les climats, en dépit de leurs conditions matérielles souvent précaires et de leur apparence parfois chétive, ayant été en contact pendant de nombreuses générations avec l'infection tuberculeuse, ils présenteraient une résistance manifeste à celle-ci.

4^o Toutefois, cette résistance varie dans une certaine mesure avec les conditions sociales.

5^o Par la notion de : *Race*, on a voulu expliquer le comportement si inattendu des Juifs. Pour nous, ce terme s'emploie ici, d'une façon tout à fait impropre,

avec un sens fort imprécis. L'unanimité des anthropologistes affirme en effet l'hétérogénéité de l'ethnie juive, l'absence totale de son unité raciale.

6^o L'Histoire de la formation du peuple juif, tend à donner la clé de ce polymorphisme, et révèle la vie exclusivement urbaine et le plus souvent misérable des Israélites depuis vingt siècles.

7^o Nous pensons que bien plus que toutes les diverses causes invoquées (préceptes hygiéniques, religieux ; sobriété naturelle) il faut attribuer cette résistance des Juifs envers la tuberculose pulmonaire, au contact prolongé des générations passées avec l'infection bacillaire.

8^o Le grand nombre de victimes que la tuberculose a dû faire dans le ghetto, à travers les âges, aurait réalisé une sélection d'individus qui auraient transmis héréditairement une certaine résistance.

9^o Ce serait dans une transmission ancestrale et aussi dans une adaptation prolongée à la vie urbaine, que résiderait la principale raison de la résistance des Juifs à la Tuberculose Pulmonaire.

VU :
Le Doyen,
ROUSSY.

VU :
Le Président de la Thèse,
F. BEZANCON.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Recteur de l'Académie de Paris
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ADAMOVICZ. — Recherches statistiques sur la Tub. à Bialystok (*Gruzlica*, t. III, N° 6, Varsovie, 1926).
- AMEUILLE et EL. et CH. KUDELSKI. — Formes abortives de la Tuberculose pulmonaire (*Revue de Médecine*, N° 6, Juin 1933).
- ARNOULD. — Le Problème de la Tuberculose chez les Juifs (*Revue de Phthisiologie Thérapeutique et Social*, août 1934).
- ASTRUC P. — Sur les résultats généraux, des cures sanatoriales. Action sanatoriale dans la symbiose tuberculose-grossesse. (*Communications à la Soc. des Médecins des Dispens antituberc.* 1931 et 1933).
- AUERBACH. — Tuberkulose in Budapest (*Zeitsch. f. Demogr. und Statist. d. Juden*, 1908).
- BALDWIN. — Immunity in Tuberculosis (*Americ. J. M. Sc.*, juin 1915, p. 822).
- BEGUET. — La Tuberculose des Juifs à Alger. (*Bulletin de la Soc. de Pathologie Exotique*, 1916, p. 425).
- BÉRAUD. — Essai sur la pathologie des Sémites (*Thèse Bordeaux*, 1897).
- BERNARD L. — « Tuberculose et Hérité » (*Presse Médicale*, 24 mars 1928).
- BEZANÇON et A. JACQUELIN. — « Les porteurs de terrains, autres que l'allergie, dans l'infection tuberculeuse » (*La Médecine*, juin 1928, n° 9 ; p. 669).
- BERTHOLON et CHANTRE. — Recherches anthropologiques dans la Berbérie orientale, Lyon, 1913.
- BIENSTOCK. — Todesursachen bei den Juden in Petrograd. (*Z. f. Dem. und Statistik d. Juden*, 1925).

- BILLINGS. — Report on vital statistics of New York City, 1890.
- BOGEN EM. — Racial Susceptibility to tuberculosis (*American Review of Tuberculosis* 24 ; 522-31, Nov. 1931).
- BOLDUAN et WEINER. — Causes of death among Jews in New York City (*New England Journal of Medicine*, 208 ; 1933, pages 407-16).
- CALMETTE. — L'Infection bacillaire et la tuberculose, 2^e et 3^e éditions, Paris 1922 et 1928.
- CARTER. — Inherited Immunity in Tub. (*Amer. Review of Tub.*, avril 1926, p. 373).
- MC CARTHY. — « The influence of race in the prevalence of tuberculosis » (*Boston Medical and Surgical J.*, 1912, 116, p.207.
- CAVAILLON. — « La protection de la santé publique en Yougoslavie » (*Annales d'Hygiène publique, industrielle et sociale*, t. III, sept. 1925, p. 565).
- CHEINISSE. — La tuberculose chez les Juifs (*Semaine médicale*, 1910).
- COBBET. — The resistance of civilised man to tuberculosis (*Tubercle*, 1925).
- COHN. — Die Sterblichkeitsverhältnisse in der Stadt Posen, (Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. und öffentl. Med., 1869).
- CUMMINS L. — « La Tuberculose chez les tribus primitives » (*Revue internationale d'Hygiène publique*, I, 1920).
- CUMMINS L. — Studies of tuberculosis among African Natives (*Tubercle*, Supp., janvier 1935).
- DENIKER. — Les races et les peuples de la terre, 2^e édition, Paris, 1927.
- DE PORTE. — Causes of death among Jews in New York State (*New York State Journ. of medicine*, N° 19, 1928).
- DROLET. — Inheritance factor in tuberculosis (*Americ. Rev. of Tub.*, t. X, 1924-1925, page 280).
- DROLET. — Tuberculosis among different nationalities (*Bulletin New York Tuberculosis Association* ; Juin 1923).
- FISHBERG. — Pulmonary Tuberculosis, 4^e édition.
- FISHBERG. — Tuberculosis and Russian Jews (*Philadelphia Medical Journal*, t. I, 1901, 5 janvier).
- FISHBERG. — The Relative Infrequency of Tuberculosis among the Jews (*American Medicine*, 1901).

- FISHBERG. — Tuberculosis among Jews (*International Congress of Tuberc.*, III, Washington, 1908.)
- FISHBERG. — Die Rassenmerkmale der Juden, Berlin 1913.
- FOREIGN LETTERS. — Diseases of the Jewish Race (*Journal Medical Association*, août., 1929, 93).
- GANTZ. — Gruzlica Warszawie, Varsovie 1922.
- GARNAULT. — La Tuberculose chez les Anciens.
- GERMAIN-SEE. — « A propos de l'Hygiène et des maladies des Juifs ». *Semaine Médicale*, 1891, page 366.
- GERMAIN-SEE. — *Semaine Médicale*, 1891, page 366.
- GOLDSTEIN. — Introduction à l'étude anthr. des Juifs (*Revue d'Anthr.*, 1885, VIII, 639).
- GRAETZ. — Les Juifs d'Espagne, Paris 1872.
- GREEN. — Comparison of the Death-Rate from Tuberc. in large cities of U. S. A. (*American Review of Tuberculosis*, 1926, 13, p. 94).
- GUTTMANN. — Zur Morbidität der Juden (*Beiträge zur Klinik der Tuberkulose*, 1926, t. LXIV, p. 106).
- HALTRECHT. — Das Tuberkuloseproblem bei den Juden (*Beiträge s. Klinik der Tuberkulose*, LXII, 1926).
- HARLE. — Aerztliche Erfahrungen in Mesopotamien (*Archive für Schiffs-und Troppenhyg.*, t. XXIV, 1920, N° 10).
- HENRY. — La Tuberculose chez les Juifs de l'Afrique du Nord (*La Tunisie médicale*, déc. 1933).
- HETHERINGTON, PHEDRAN, LANDIS, OPIE. — A Survey to determine the prevalence of Tub. infect. in school children (*American Review of Tuberc.*, t. XX, 1929).
- HOPPE. — Krankheiten und Sterblichkeit der Juden und Nichtjuden in Berlin, 1903.
- HOPPE. — Die Tuberkulose unter den Juden Londons (*Zeitschrift für Demogr.*, 1908, t. VIII).
- JACQUELIN. — Type morphologique de résistance à la tuberculose pulm. (*Presse Médicale*, 24 septembre 1930.)
- JUSTER. — Les Juifs dans l'Empire romain, Paris 1914.
- KELLNER. — Die Verbreitung der Tub. in Deutschland (*Deutsche medizin. Wochenschrift*, 4 mars 1927, p. 415).
- KUDELSKI CH., L. LEROUX et EL. KUDELSKI. — Expectoration bacillifère chez un jeune homme, sans lés. pulm., cliniques et

- radiologiques. (*Soc. d'études scientifiques sur la Tuberculose*. Séance du 9 déc. 1933).
- KOCH. — Tub. und Rasse. (*Zeitschrift f. Tub.*, I, p. 82, 1909).
- KÖRÖSY. — Einfluss der Konfess., d. Wohlstands u. d. Beschäftigung auf die Todesursachen, Berlin, 1898.
- KOSSOVITCH et BENOIT. — Contribution à l'étude sérologique des Juifs modernes. (*Rev. anthropologique* nos 4-6, 1932).
- KREINERMANN. — Ueber das Verhalten der Lungentuberkulose bei den Juden (*Korrespondenzblatt für Schweizer Aerzte*, 1915).
- LAGNEAU. — Race juive (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1891, XXVI).
- LEGOYT. — De certaines immunités de la race juive (*Journ. de la Soc. de Statistique de Paris*, 1869, p. 118).
- LEMAIRE. — La Tuberculose chez l'indigène Musulman (*le Sud Médical et chirurgical*, 15 sept. 1923).
- LEROY-BEAULIEU. — Israël chez les nations, Paris, 1893.
- LEWIN. — Biostatistique of the Jewish race (*New York Med. Journ.*, 1913, XCVII, p. 982).
- LIVI. — Gli Ebrei alla luce della statistica, Florence, 1928.
- LOMBROSO. — L'Antisemitismo e le Scienze moderne, Rome, 1884.
- MENTSCHINSKY. — Vopr. Tub. 1928.
- MEIGE. — Maladies de la race juive (*Thèse de Paris*, 1892).
- MONTANDON. — La Race, les Races, Paris, 1933.
- MUCH. — Beiträge z. Klinik de Tuberkulose, Supplément, 1913.
- NESLIN. — Vopr. Tub., 1926.
- NEUERBAUER. — Notes on the race types of Jews (*Journ. of the Anthropologic Institute of London*, 1885).
- NEUVILLE. — L'Espèce, la race et les métissages, Paris, 1933.
- PELLER. — Wiener Mortalität im 18. Jahrhundert (*Zeitschr. f. Hyg.*), 1920, XV, p. 227).
- PITTARD. — Les Races et l'Histoire, Paris 1924.
- PUTNAM. — Bion. of fam. att. atub. dispens. (*American Review of Tub.*, XXVIII, nov. 1933, p. 591).
- PUVION. — La pathologie des Juifs est due non à la race mais aux mœurs (*Thèse de Paris*, 1930).

- QUATREFAFEGS. — Introduction à l'Étude des Races humaines, p. 482.
- RAMAZZINI. — Sur les maladies des Artisans.
- REINACH (Th.). — Histoire des Israélites, Paris 1903.
- REMIINGER. — La Tub. Pulm. à Tanger (*Maroc Médical*, 1928, p. 279).
- ROSENBAUM. — Statistics of the Jews in the United Kingdom (*Journ. of the statistical Society*, 1905, p. 526).
- ROSENFELD. — Die Sterblichkeit der Juden in Wien (*Archiv. f. Rassen u. Gesellschaftsbiologie*, 1907, 1-2).
- ROSENFELD. — Die Abnahme de Lungentub. in Wien (*Zeitschr. f. Tub.*, XVII, 3-4, 1911).
- SABOURIN. — Hérité tuberculeuse (*Presse Médicale*, 17 juin 1915).
- SACHS. — Tuberc. in the Jewish District of Chicago (*Journ. American Medical Association*, 1904, XLIII).
- SALLER. — Anthropology of J. of Eastern Europe (*Zeitschr. f. Morphol. u. Anthropologie*, vol. XXXII, 1933, 125-131).
- SANARELLI. — L'Hérité et la contagion de la tub., Paris 1931.
- SCHABAD. — Sterblichkeit in Wilna (*Neue Jüdische Monatshefte*, 1917, I, fascic. 13 et 18).
- SCHWARTZ. — *Zeitschr. f. Demographie der Juden*, 1910, p. 49.
- SCHWARZ. — Das Wiener Ghetto seine Häuser u. Bewohner. Vienne, 1908.
- SCHWARTZ. — Das Wiener Ghetto, Vienne 1909.
- SCIALOM. — La Tub. chez les Israélites tunisiens (*Rev. Tunis. des Sciences Médicales*, févr. 1921 et juin 1927).
- SELTHER. — Die Bedeutung der Immun. d. Tub. f. d. Kurve d. Tuberkulosesterblichkeit (*Beiträge z. Klinik d. Tuberkulose*, t. LXII, 1925).
- SOKOLOWSKI. — *Zeitschrift f. Tuberkulose*, t. XIX, 1913, page 143.
- SPIELMANN et JACOB. — Racial caract. of Jews (*Journ. Anthropol. Institute*, t. XV, 1885, p. 24 et t. XIX, 1889).
- SPIVAC. — Mortality of Jews in Denver (*Colorado Med.*, XX, févr. 1923, 46-49).
- STEUERMANN. — Essai d'Introduction à l'étude de la pathologie des Juifs (*Thèse*, Paris 1933).

STEFKO. — Körperbau und Lungentuberkulose (*Ergebnisse der Allgemeinen Pathologie*, t. XXIV, p. 759, 1931).

TOSTIVINT et REMLINGER. — Notes sur la rareté de la tuberculose chez les Israélites tunisiens (*Revue d'Hygiène*, 1900).

WEISSENBERG. — Anthropol. Nordafrikan. Juden (*Mitteilungen d. Anthropol. Gesellschaft in Wien*, 1912, XLII, p. 85-102).

WERNER. — Ueber das Verhalten d. Lungentuberkulose bei den Juden (*Zeitschrift f. Demogr.*, 1925, XLIII, 130).

WIRTH. — The Ghetto (*American J. Sociol.*, XXXIII, juillet 1927, p. 57).

ZIVANOVITCH. — La Tuberculose en Bosnie-Herzégovine (*Bruxelles Médical*, 1925, p. 823).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	11
HISTORIQUE. Résultats des diverses statistiques sur la tuberculose pulmonaire des juifs dans les différents pays.	14
DE L'ÉVOLUTION PARTICULIÈRE DE LA TUBERCULOSE PUL- MONAIRE CHEZ LES JUIFS.....	33
Rôle des conditions sociales.....	34
STATISTIQUES PERSONNELLES.....	38
DE LA RACE JUIVE.....	49
Importance de la question.....	49
Aperçu historique.....	50
CARACTÈRES ANTHROPOLOGIQUES DES JUIFS.....	56
CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES	59
CONCLUSIONS.....	64
BIBLIOGRAPHIE	67

